

PERFIL DE USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Profile of benzodiazepine users in the context of Primary Health Care

Aline Cavalcante de Lira¹, José Gildo de Lima²,
Maria Nelly S. de Carvalho Barreto³, Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo⁴

RESUMO

Este estudo teve por objetivo identificar o perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos residentes em áreas adscritas à Unidade de Saúde da Família da cidade do Recife. Foram avaliados todos os prontuários dos usuários de acordo com o banco de dados de saúde mental, pertencente às equipes de referência de uma unidade de Saúde da Família em 2011. Os resultados obtidos indicaram a utilização de benzodiazepínicos por 71% de mulheres com idade média de 52,45 anos, que faziam o uso crônico de ansiolíticos de meia-vida longa por mais de 12 meses (94,5%), indicado principalmente para insônia (42,6%), com prescrição inicial pelo médico clínico geral (66,2%). Constatou-se o problema do uso do grupo terapêutico estudado em mulheres idosas, em uma proporção significativa, com continuidade do uso que vai além de uma finalidade específica e com um tempo indeterminado.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Uso de Benzodiazepínicos; Ansiolíticos.

ABSTRACT

This study aimed to describe the epidemiological profile of benzodiazepine users among residents in areas covered by a basic family health unit in the city of Recife. Medical records were evaluated for all users according to the mental health database belonging to specialized teams of a Family Health unit, in 2011. The results indicated the use of benzodiazepines by 71% of women, with a mean age of 52.45 years, who were chronic users of long half-life anxiolytics for more than 12 months (94.5%), prescribed mainly for insomnia (42.6%), with initial prescription by a general practitioner (66.2%). The problem with the use of the therapeutic group studied was demonstrated in elderly women, in a significant proportion, where continued use goes beyond a specific purpose and has an indeterminate time frame.

KEYWORDS: Primary Health Care; Use of Benzodiazepines; Anti-Anxiety Agents.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimento e ações, que demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Assim, a APS deve ter estratégias importantes, com ações voltadas à promoção e à proteção da saúde tanto individual como coletiva.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária do sistema de saúde, constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa estratégia vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil.¹

Com a ESF, iniciou-se, no país, um novo modelo de

¹ Aline Cavalcante de Lira, farmacêutica pela Faculdade Maurício de Nassau Recife (2008) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família. E-mail: aline_cavalcantedelira@yahoo.com.br

² José Gildo de Lima, professor tutor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE

³ Maria Nelly S. de Carvalho Barreto, farmacêutica da Prefeitura da Cidade do Recife. Mestre em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

⁴ Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo, psicóloga, sanitarista. Mestre em Saúde Pública

atenção primária no âmbito do SUS, que visa, além do aspecto curativo da doença e de sua reabilitação, a promoção e a proteção à saúde. Desse modo, o indivíduo deixa de ser o objeto único da ação para ser visto como um sujeito integrante de uma família, de um domicílio, de uma comunidade, contextualizando-o ainda sob os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais, garantindo, dessa forma, a integralidade da atenção.¹

O uso irracional de medicamentos é uma condição frequente na sociedade e que alcança papel central na terapêutica contemporânea. A importância desse tema fica ressaltada ao se levar em conta o momento atual do SUS, que investe na ampliação e reorientação da rede básica por meio da ESF, podendo ser positivo, sendo uma chance para a reconstrução da autonomia, ou negativo, simultaneamente, constituindo uma nova e poderosa força medicalizadora.^{2,3}

A medicalização social, visível a todos que têm contato com a atenção à saúde, é crescente e inexaurível. A demanda por uma prescrição medicamentosa para todos os tipos de problemas, queixas, dores e incômodos faz que esse tema seja abrasador na prática e no cotidiano dos serviços do SUS, principalmente nas equipes da ESF. Aliado a isso, nos dias de hoje, está presente o fato de ocupar um lugar importante no jogo de interesses do poder econômico e das consultas médicas, resultando quase sempre numa prescrição, decorrente do modelo centrado na doença, para o qual o medicamento tornou-se o principal instrumento utilizado.^{2,3}

O consumo de fármacos pela população em geral apresenta um crescente aumento, principalmente quando se trata de uso indiscriminado de ansiolíticos e, conseqüentemente, trazendo uma preocupação maior com o fenômeno da dependência. Entre eles, os benzodiazepínicos (BDZ) encontram-se entre os mais consumidos em todo o mundo. Em 2004, Carvalho e Dimenstein mostraram que o consumo desses medicamentos tornou-se um problema complexo de saúde pública, atingindo grandes dimensões sociais.^{4,6}

Após a década de 1960, no início de sua comercialização, os BDZ ligeiramente assumiram o lugar dos barbitúricos, tornando-se os produtos farmacêuticos mais utilizados com propriedades sedativas, ansiolíticas, hipnóticas, miorrelaxantes e anticonvulsivantes na sociedade. Isso ocorreu em virtude do menor potencial de causar dependência com maior índice terapêutico, isto é, garantia de uma maior segurança em sua utilização em comparação com outros grupos de ansiolíticos.^{4,6}

É comprovado que os BDZ devem ser usados no tratamento da ansiedade em curto prazo, não devendo exceder mais que quatro semanas. Eles estão entre os fármacos

mais prescritos a idosos e a mulheres, em uma proporção duas vezes maior do que aos homens. No entanto a continuidade do uso está indo além de uma finalidade específica e com um tempo indeterminado em que o medicamento passa a ocupar um lugar fundamental e imprescindível na vida dos indivíduos, com uma forte interação entre gênero, envelhecimento e serviços de saúde.⁶⁻⁸

Desse modo, este estudo serviu para indicar o cenário da prática do uso de benzodiazepínicos, remetendo à reflexão dos princípios da Atenção Primária e suas contribuições para ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas no território, uma vez que a promoção da saúde passa a ser elencada como uma das estratégias de reorientação do novo modelo assistencial. Dessa forma, busca-se romper com a lógica vigente de um modelo de saúde até então focado na hospitalização e medicalização da vida.

Como nosso país carece de dados a respeito da utilização desse grupo farmacológico, em especial para a população que se utiliza de unidades básicas de saúde, ponto chave no atendimento primário, esta pesquisa tem como objetivo identificar o perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos residentes em áreas adscritas à Unidade de Saúde da Família da cidade do Recife, especificando as características dos usuários segundo as variáveis sócio-demográficas, comportamentos relacionados a práticas de atividade física e às práticas medicamentosas.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo observacional, que tem por objetivo determinar a distribuição das condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos, com facilidade de execução e baixo custo relativo.⁹

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Chico Mendes e Ximboré no Distrito Sanitário (DS) V, na cidade do Recife, que atualmente cobre cerca de 5500 pessoas, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), residentes nas comunidades Chico Mendes e Ximboré. Esse distrito do Recife apresenta uma das mais baixas coberturas de Equipes de Saúde da Família do município, apresentando alto nível de pobreza instalado, o que ocasiona problemas de ordem social, econômica e ambiental. As comunidades de Chico Mendes e Ximboré, juntamente com duas comunidades do Caçote e Linha Nova, compõem a Zona Especial de Interesse Social (ZEIS) do bairro de Caçote, localizado na Região político-administrativa (RPA) V, microrregião 5.2, a 7,83 quilômetros do Marco Zero do município do Recife.¹⁰

A unidade é composta por equipe multiprofissional de enfermeiras, médicas, técnicos de enfermagem e agentes

comunitários de saúde (ACS), além da equipe de saúde bucal (dentista e técnico de saúde bucal). Também recebe residentes multiprofissionais de saúde da família da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) que atuam em conjunto com os profissionais das equipes de referência, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes, de acordo com as Diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Atualmente, a USF conta com duas equipes de referência que oferecem os seguintes serviços: acolhimento, atendimento em puericultura, saúde da mulher, clínica geral, entre outros. Também presta serviços de aplicação de vacinas, curativos, aplicação de injetáveis, de nebulização e de distribuição de medicamentos do componente básico e estratégico da Assistência Farmacêutica. No entanto, os BDZ, que são medicamentos sob controle especial de acordo com a Portaria n.º. 344/98 da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, são dispensados para os usuários dessa unidade na Farmácia da Família da Policlínica Agamenon Magalhães (unidade situada no bairro de Afogados, mesmo Distrito Sanitário), apesar de exigirem condições especiais de dispensação e armazenamento.¹¹

Para este estudo, foram incluídos os usuários que fazem uso de benzodiazepínicos de ambos o sexo, residentes em áreas adscritas à USF. A seleção foi feita no banco de dados de saúde mental dos usuários de psicotrópicos realizado pelas equipes para acompanhamento no território, e foram selecionados apenas os usuários maiores de 18 anos que utilizam os fármacos estudados.

Os dados foram coletados de todos os usuários que apresentaram o uso de benzodiazepínicos registrado no prontuário até o momento da coleta no mês novembro/2011, sendo excluídos os usuários que associam antipsicóticos à terapêutica. A fonte de pesquisa foi os prontuários das famílias adscritas e anotações dos ACS de visitas domiciliares. Para uniformizar a coleta de dados, foi elaborado um roteiro com os seguintes dados: tipo de benzodiazepínico utilizado; uso de outros medicamentos; duração de tratamento contínuo em meses; indicação para o uso; local de aquisição dos ansiolíticos; primeiro prescritor; sexo do usuário; idade em anos; ocupação e realização de práticas corporais e atividade física.

A fim de investigar a amostra de estudo, foi realizada uma análise estatística descritiva dos dados coletados no programa estatístico SPSS versão 13.0, apresentada por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%) com respeito às variáveis pesquisadas. Para as variáveis contínuas do estudo, foram apresentadas algumas medidas descritivas, tais como mínimo, máximo, média e desvio-padrão. Também foi categorizada a variável "Tempo de uso" em duas categorias (< 12 meses e >= 12 meses).

As informações foram coletadas de maneira que os sujeitos da pesquisa não pudessem ser identificados diretamente ou por meio de identificadores, conforme o Termo de Compromisso para utilização de Dados para manuseio dos prontuários. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, de acordo com a Resolução n.º. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de pesquisa baseada em dados secundários, a autorização de acesso foi dada pela Diretoria Geral do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife e comunicada ao Distrito Sanitário correspondente. Os dados coletados serão guardados por cinco anos.

RESULTADOS

O total da amostra avaliada foi de 84 prontuários de usuários que utilizam ansiolíticos de acordo com o banco de dados de informações sobre saúde mental das duas equipes de referência e que moravam na área adscrita à Unidade de Saúde da Família (USF). Houve exclusão de 15 usuários, sendo 10 excluídos por não constar no prontuário a utilização de benzodiazepínicos, dois por não mais residir nas comunidades da USF no momento da coleta, dois porque faleceram e um era menor de 18 anos no momento da coleta. Um total de 69 usuários foi incluído na análise. Observa-se o predomínio do sexo feminino (n = 49; 71%), com uma média de idade de 52,45 (± 16,44 anos), sendo a idade mínima de 22 anos e a máxima de 105 anos.

Quanto à ocupação, revelaram que 58,3% desempenham sua atividade em ambiente familiar, 32,9% estavam registrados que nunca trabalharam fora de casa, sendo todos do sexo feminino e 25,4% aposentados; 19,4% trabalhavam por conta própria, sendo 16,4% de forma irregular e apenas 3% cobertos pelo sistema previdenciário. Do total do estudo, apenas 14,9% tinham vínculo empregatício com recolhimento para Previdência Social com seus direitos garantidos e 7,5% estavam desempregados. Em relação ao comportamento relacionado a práticas corporais e atividade física, apenas 13% realizavam alguma prática e o restante (87%) nunca tinha feito nenhuma atividade registrada até o momento da pesquisa nos prontuários.

O uso prolongado de BDZ teve prevalência maior entre os usuários do diazepam quando comparado ao clonazepam, entre os pacientes cadastrados. Observando uso dessas substâncias, observamos que 44,9% (n=31) faziam uso de diazepam; 39,1% clonazepam (n=27) e 1,4% (n=1) faziam associação desses dois fármacos. Outros ansiolíticos foram encontrados, sendo 11,6% bromazepam (n=8), 1,4% lorazepam (n=1), e 1,4% alprazolam (n=1).

Em relação ao agente da indicação desses medicamentos, observamos que o médico clínico geral ou especializado em áreas que não neurologia e psiquiatria foram responsáveis, isoladamente, por 66,2% das prescrições. Os especialistas (neurologista e psiquiatra) foram responsáveis por 29,4% das indicações. Houve referência à aquisição de 4,4% de usuários em que utilizavam por conta própria, fazendo automedicação.

Entre os usuários que utilizaram os benzodiazepínicos, 95,5% (n=63) utilizaram o medicamento por um ou mais anos, com uma média de uso em meses de 56,08 (\pm 44,65 meses), sendo a menor utilização de um mês e a maior de 156 meses. Considerando o uso terapêutico, os mais comumente utilizados foram: 42,6% hipnótico/sedativo, seguido de ansiolítico 41,2%; 8,8% depressão; 5,9% como anticonvulsivante/antiepilético e 1,5% utilizavam para dor. Da amostra em estudo, pode-se observar que 54,9 (n=28) fazem uso de anti-hipertensivos, 37,3% (n=19) associam antidepressivos com benzodiazepínicos, 23,5% fazem uso de antidiabético (n=12), 19,6% (n=10) usam anticonvulsivos em seu tratamento, 11,8 (n=6) usam drogas para redução de lipídios, 5,9 fazem uso de antiparkinsonianos e 3,9% (n= 2) utilizam inibidores de produção de ácido gástrico.

Quanto à aquisição dessa classe terapêutica estudada, observamos que 58% conseguiram os medicamentos em farmácias públicas da rede de atenção; 40,6% os compraram em farmácias e/ou drogarias do comércio varejista e 1,4% conseguiu de outra forma.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos através deste estudo refletem as características das comunidades e também do próprio atendimento primário em si, percebendo-se que o consumo de medicamentos é influenciado por concepções de seus usuários e prescritores em um contexto definido pelas condições socioeconômicas. Nesse sentido, acreditamos que a interação entre gênero, envelhecimento e serviços de saúde encontra-se elaborada e construída socialmente o que determina particularidades no modo de uso dos medicamentos, formando conceitos, comportamentos e concepções sobre doenças e saúde.⁸ Assim, foi constatado que a população usuária de benzodiazepínicos da USF é composta, em sua maioria, por mulheres (71%) com idade em torno de 50 anos, corroborando o descrito na literatura por Nordon et al, 2009 e por Poyares, 2005, embora a tendência observada por eles seja ainda maior em mulheres mais idosas, de 60 a 69 anos de idade, enquanto a deste estudo demonstrou uma faixa etária mais ampla (de 50 a 69 anos).^{4,12}

Alguns autores defendem que o fator que poderia estar

relacionado ao uso de ansiolíticos pelo gênero feminino é o maior comparecimento desse grupo às unidades de saúde e à relação com as desigualdades sociais entre os sexos, produzindo características físicas, posturas, doenças e hábitos de vida, em que se insere o uso de medicamentos, aumentando o consumo de fármacos, entre os quais os BDZ.^{7,8,13}

Percebe-se, ainda, um significativo número de mulheres que não estão inseridas no mercado de trabalho e desempenham suas atividades em ambiente familiar, dedicando maior tempo aos problemas da família. Esses conflitos entre os membros de uma família estão muitas vezes relacionados à definição de papéis de seus membros e tornam-se a principal causa do consumo de BDZ.⁸ Um estudo feito, em 2002, por Ludermir e Melo Filho, mostrou resultados semelhantes: pacientes sem uma inserção profissional apresentaram maior prevalência de doenças mentais e que a falta de oportunidades de inserção no mercado de trabalho pode gerar frustrações e bloqueios sociais que acabam desencadeando o quadro de transtorno mental comum.¹⁴

No que diz respeito ao uso de fármacos na população idosa, alguns autores defendem que esse grupo populacional é oprimido pela sociedade, sendo discriminado e excluído do meio social. A visão da velhice de imperfeição, de retrocesso e de impotência frente às mudanças sociais leva o idoso ao adocimento e ao maior uso dos serviços de saúde, vistos muitas vezes com distúrbios de humor, tornando-se o envelhecimento, além do gênero, relevante para nossa análise e orientação frente ao consumo de fármacos, principalmente quando se trata de benzodiazepínicos.^{4,8}

Em estudo realizado em 2011, Oliveira et al.¹⁵ mostram que a proporção de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos é significativa nas relações de medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica, onde os benzodiazepínicos de longa duração estão presentes como, por exemplo, o diazepam. Em 2002, Coutinho e Silva associou o maior risco de quedas na população acima de 60 anos ao uso dessas drogas, apresentando dados sobre o papel delas na ocorrência de fraturas decorrentes de quedas, que levam a complicações graves, comprometendo a qualidade de vida dessa população.¹⁵

Os dados obtidos mostraram que as práticas corporais e atividades físicas não são relatadas no histórico dos usuários da USF, reforçando a tese de que existe uma tendência ao aumento de ansiedade e insônia em pessoas sedentárias. Conforme descrição realizada pelo o Ministério da Saúde em 2009¹, algumas alterações psicológicas estão intrinsecamente ligadas à promoção saúde, entendendo que a produção de bem-estar é resultante dos determinantes e condicionantes sociais da vida. As práticas corporais permitem a construção da saúde através do desenvolvimento de habilidades pessoais dos sujeitos, por

meio de grupos organizados nas unidades de saúde e com a identificação de equipamentos sociais da comunidade e de seus espaços para a prática de atividades físicas e de lazer. Estudos observados sugerem que a atividade física, estruturada e orientada, pode auxiliar na redução de indicadores para a ansiedade, principalmente em pessoa mais velha, propiciando ao sujeito autonomia e modos de viver mais saudáveis.¹⁶

Observou-se a prevalência da prescrição do diazepam, um fármaco de meia vida longa e com efeito hipnótico acentuado, seguido do clonazepam. Deve-se considerar que esses benzodiazepínicos fazem parte da relação municipal de medicamentos essenciais e, portanto, os resultados desse estudo inserem-se nessa realidade. Em outros estudos realizados no Brasil, observou-se também a prevalência da prescrição do diazepam e a seleção desse fármaco, em vários serviços públicos de saúde, o que se justifica por se tratar de medicamento pertencente à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), de ser eficaz, seguro, de baixo custo e de grande experiência clínica nas suas diversas aplicações.¹⁷ É interessante ressaltar que o uso de benzodiazepínicos de meia-vida longa, em especial para idosos, pode ser perigoso, devido aos efeitos colaterais dos seus metabólitos, que demoram mais tempo distribuídos nos tecidos orgânicos.^{4, 13, 15}

Em relação ao tempo de utilização, os medicamentos pesquisados apresentaram alto potencial de abuso, com usuários utilizando benzodiazepínicos por mais de 12 meses e evoluindo para um quadro de síndrome de abstinência quando o uso é descontinuado. É importante salientar que mesmo doses terapêuticas desses psicofármacos podem levar à dependência, o que é muito preocupante e comprova a necessidade de se assegurar o acesso aos medicamentos com segurança, eficácia e resolubilidade, por meio da atividade farmacêutica comprometida com os princípios da promoção e prevenção de agravos da saúde, já que o produto farmacêutico é tido como insumo essencial no processo de medicalização social, como descrito na literatura.^{2-4, 18}

O uso crônico, aqui estabelecido como por mais de 12 meses, foi observado com alta prevalência para todos os prescritores, sendo mais prevalente entre o clínico geral, ou especializado em áreas que não psiquiatria e neurologia. O principal prescritor atual é o clínico geral da unidade de saúde que, muitas vezes, simplesmente mantém uma receita anterior, contribuindo para a queda na capacidade de enfrentamento independente da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas.¹⁹ Como já mencionado, os benzodiazepínicos não deveriam ser usados por mais de três a quatro semanas, pela perda de sua função e pelos possíveis efeitos colaterais que seu uso pode trazer em longo prazo, como perda cognitiva, diminuição da produ-

tividade e maior possibilidade de acidentes.^{1, 4, 18, 20}

Para os usuários que obtêm os benzodiazepínicos sem receita, seu uso indiscriminado também é crônico e indevido, sendo considerado um problema de saúde pública, que acarreta consequências negativas importantes, tanto economicamente, como no âmbito sanitário, traduzidos, particularmente, pelo aumento de efeitos colaterais ou reações adversas, por vezes bastante graves. Assim, é necessária a construção de uma nova cultura, atribuindo aos fármacos o seu significado real para a prevenção de doenças e restauração da saúde. Justifica-se, portanto, a promoção do debate do uso racional de medicamentos, por meio da realização de campanhas, bem como o diálogo com os profissionais de saúde, como também a formação de agentes multiplicadores para promover discussões relacionadas ao tema nos grupos sociais e na comunidade.¹

CONCLUSÕES

Com este estudo, concluiu-se que os BDZ constituem importantes ferramentas terapêuticas, no entanto são fármacos bastante prescritos a idosos e às mulheres, em uma proporção significativa, mas a continuidade do uso vai além de uma finalidade específica e com um tempo indeterminado. O medicamento ocupa um lugar fundamental e imprescindível na vida dos indivíduos, com uma forte relação entre gênero, envelhecimento e utilização dos serviços de saúde, porém seu uso, muitas vezes, poderia ser controlado de outras maneiras como uma maior ação psicossocial.

Os resultados sugerem que os benefícios de uma assistência farmacêutica efetiva, baseada em atenção permanente por equipe interdisciplinar, podem dirimir problemas relacionados ao uso irracional da terapêutica medicamentosa e prevenir comorbidades na Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, as equipes de saúde têm um grande desafio: identificar os fatores de risco junto a esse grupo populacional e estimular o fortalecimento da capacidade individual e coletiva, para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, buscando qualidade de vida e redução da necessidade de fármacos.

Acredita-se que este trabalho contribui para os conhecimentos das características das pessoas adscritas ao serviço primário de saúde que fazem uso de benzodiazepínicos nas comunidades, apontando a importância de futuros estudos a respeito, tendo em vista as danosas consequências do uso prolongado de BDZ e a necessidade do acesso aos medicamentos com segurança, eficácia e resolubilidade da atenção, por meio dos princípios da Atenção Primária à Saúde e a concepção de que a produção de saúde é também produção de sujeitos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2006 jan/jun; 10(19).
3. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2006 jul/dez; 10(20):347-62.
4. Nordon DG, Akamine K, Novo N F, Hübner CVK. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Rev Psiquiatr RS.* 2009; 31(3): 152-8.
5. Huf G, Lopes CS, Rozenfeld S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cad Saúde Pública.* 2000 abr-jun; 16 (2): 351-62.
6. Carvalho LF, Dimenstein M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estud Psicol.* 2004; 9(1): 121-9.
7. Almeida LM, Coutinho ESF, Pepe VLE. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. *Cad Saúde Pública.* 1994 Jan/Mar; 10 (1): 05-16.
8. Mendonça RT, Carvalho ACD, Vieira EM, Adorno RCF. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde Soc.* 2008; 17(2):95-106.
9. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saúde.* 2003; 12(4): 189-201.
10. Pernambuco. Prefeitura da Municipal de Recife. [Página na Web]. [Citado 2011 ago. 22]. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/2004/02/09/mat_122172.php>.
11. Brasil. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União, Brasília, DF,* 31 de dezembro de 1998, Seção I.
12. Poyares D, Pinto Jr LR, Tavares S, Barros-Vieira S. Hipnoindutores e insônia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(Supl I):2-7.
13. Firmino KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011 jun; 27 (6):1223-32.
14. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(2): 213-21.
15. Coutinho ESF, Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Cad Saúde Pública.* 2002 set-out; 18 (5): 1359-66.
16. Cheik NC, Reis IT, Heredia RAG, Ventura ML, Tufik S, Antunes HKM, Mello M T de. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Rev Bras Ciênc Mov.* 2003 jul./set; 11(3): 45-52.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais - RENAME. 7º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
18. Nastasy H, Ribeiro M, Marques ACPR. Projeto Diretrizes. Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2008.
19. Nordon DG, Hübner CVK. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. *Diagn Tratamento.* 2009; 14(2): 66-9.
20. Oliveira MG, Amorim WW, Rodrigues VA, Passos LC. Acesso a medicamentos potencialmente inapropriados em idosos no Brasil. *Rev APS.* 2011 jul/set; 14(3): 258-65.

Submissão: julho/2012

Aprovação: outubro/2012
